



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

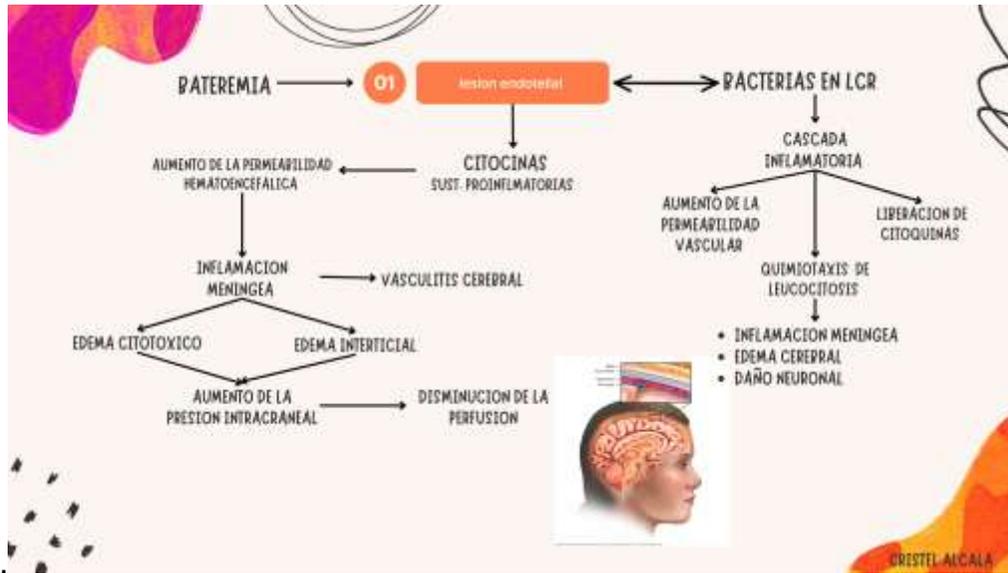
**Caso clínico**

**Cristel alcala ochoa**  
**8“B”**

**Urgencias**

**Dr. Jesús Alejandro morales Pérez**

1. Explica la fisiopatología de la meningitis bacteriana en este paciente



2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para meningitis bacteriana en adultos jóvenes?

**Inmunosupresión, antecedentes de infecciones de respiración aguda, sinusitis, OTM, diabetes, esplenectomía, no tener vacunación**

3. ¿Por qué se observa hipoglucorraquia y pleocitosis en el LCR de este paciente?

**Crecimiento bacteriano en el espacio meníngeo. Las bacterias consumen la glucosa y por eso genera la hipoglucorraquia y la pleocitosis es generando por la misma inflamación y la migración de leucos**

4. ¿Cuáles son las principales diferencias entre una meningitis viral y una meningitis bacteriana?

viral	Bacteriana
Edad: niños y A. jóvenes	Adultos mayores
LCR: bacterias <100	LCR: bacterias >100- <1000
Proteínas :Normal	Proteínas >100
Glucosa: normal	Glucosa: normal
Aspecto: normal	Aspecto: Turbio
Células: linfocitos	Células: linfocitos

5. ¿Cuál es el tratamiento empírico inicial para este paciente y qué medidas de soporte deben implementarse?

- Vigilar líquidos y electrolitos
- Oxígeno suplementario (si lo requiere)
- Analgesia
- Medidas para controlar PIC
  - a. Elevación de la cabecera
  - b. Soluciones hipertónicas
  - c. Medicamentos: manitol
- iniciar Tx empírico: En los primeros 60 minutos de llegada adm : ceftriaxona o cefotaxima + vacomicina

**Post cultivos:** pneumoniae penicilina G (si es sensible)

Resistencia media: ceftriaxona, cefotaxima o cefepima

Resistencia alta : : ceftriaxona o cefotaxima + vacomicina

- Si no mejora en 48h se debe revalidar con un estudio neurológico, vigilancia médica y repetir estudios de neuroimagen y laboratorio